

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACUERDO ACDO.SA2.HCT.181224/485.P.DPM, relativo a la aprobación de los plazos máximos de resolución y vigencia, los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar a los trámites, así como el aviso para publicar los formatos de dichos trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, acorde a la gráfica base prevista en el marco del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los trámites e información del Gobierno y de las Disposiciones generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional.

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Dirección de Prestaciones Médicas.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 18 de diciembre del presente año, dictó el Acuerdo **ACDO.SA2.HCT.181224/485.P.DPM**, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 251, fracción XXXVII, 263 y 264, fracciones III, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 5 y 57 de la Ley Federal de Entidades Paraestatales; 46, 47 y 84 de la Ley General de Mejora Regulatoria; 31, fracción XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y conforme al planteamiento presentado por la Dirección General, por conducto de la persona titular de la Dirección de Prestaciones Médicas, en términos del oficio 827 del 05 de diciembre de 2024, así como del pronunciamiento de los integrantes del Comité del mismo nombre del propio Órgano de Gobierno, derivado del análisis efectuado en reunión virtual celebrada el día 29 de noviembre de 2024; **Acuerda:**

Primero.- Aprobar los plazos máximos de resolución y vigencia, los datos y los documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar a los trámites, los cuales se describen en el Anexo Único del presente Acuerdo; así como los formatos de dichos trámites que aplica el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, cuando dicha información no esté prevista en la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y disposiciones aplicables de manera supletoria, conforme al planteamiento de la Dirección enunciada. **Segundo.-** Dejar sin efectos el Acuerdo ACDO.SA2.HCT.270922/283.P.DPM, emitido por este Órgano de Gobierno en sesión celebrada el día 27 de septiembre de 2022, que no fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, así como el Acuerdo ACDO.AS1.HCT.260815/178.P.DPM, emitido por este Órgano de Gobierno en sesión celebrada el día 26 de agosto de 2015, y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de septiembre de 2015. **Tercero.-** Instruir a las Unidades Administrativas de la Dirección de Prestaciones Médicas que apliquen los trámites señalados en el Anexo Único referido en el punto Primero del presente Acuerdo, a que observen lo dispuesto en el mismo para el desahogo de los trámites en cuestión y a resolver las dudas o aclaraciones que, con motivo de su aplicación se presenten. **Cuarto.-** Instruir a la Dirección Jurídica para que, previa resolución de la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria, realice los trámites necesarios para la publicación del presente Acuerdo y su respectivo Anexo Único en el Diario Oficial de la Federación. **Quinto.-** El presente Acuerdo entrará en vigor a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. **Sexto.-** Instruir a la Unidad de Integridad y Transparencia que, en términos del artículo 47 de la Ley General de Mejora Regulatoria, realice las acciones necesarias ante la Comisión Nacional de Mejora Regulatoria, para la actualización de la información inscrita en el Catálogo Nacional de Regulaciones, Trámites y Servicios respecto de los trámites que se señalan en el Anexo Único del presente Acuerdo. **Séptimo.-** Tomar conocimiento del Aviso que debe publicar el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, con el apoyo de la Dirección Jurídica, para dar a conocer el diseño estandarizado de los formatos de trámites con motivo de la aplicación de la gráfica base prevista en el marco del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los trámites e información del gobierno y de las disposiciones generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional, conforme a lo aprobado por este Órgano de Gobierno en el presente Acuerdo”.

Atentamente.

Ciudad de México, 18 de diciembre de 2024.- Secretario General, Dr. **Jorge Gaviño Ambriz**.- Rúbrica.

ANEXO ÚNICO

Anexo Único por el que se establecen los datos, documentos y formatos específicos que se deben proporcionar y presentar para la gestión de trámites ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como los plazos máximos de resolución y la vigencia de esta, en relación con los trámites en materia de prestaciones médicas, de conformidad con el artículo 46 de la Ley General de Mejora Regulatoria.

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
<p>Solicitud para que aspirantes ingresen a cursos de adiestramiento en una especialidad médica o estomatológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>A) Aspirantes mexicanos externos al IMSS.</p>	IMSS-03-002-A	30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.	Sólo aplica para el ingreso al primer grado de los cursos de especialización médica o estomatológica	<p>Formato para utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> FF-IMSS-011 Solicitud de inscripción a estudios de posgrado <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> Homoclave del formato Fecha de publicación del formato en el DOF Folio de registro IMSS Fecha de solicitud del trámite <p>Datos generales del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> Foto del solicitante CURP RFC Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido Sexo (H / M) Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento. Estado civil Nacionalidad Número de pasaporte (solo extranjeros) Teléfono fijo Teléfono móvil Talla de bata <p>Domicilio del solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> Código postal Calle: Número exterior y/o interior Colonia Localidad Municipio o Alcaldía Entidad Federativa País Entre que calles Calle posterior En caso de ser carretera Tipo de administración Derecho de tránsito Código de la carretera Tramo de la carretera Cadenamiento o kilómetro En caso de ser camino llenar la siguiente información Termino genérico Margen Cadenamiento <p>En caso de emergencia comunicarse con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre(s), primer apellido y segundo apellido Parentesco Teléfono fijo o móvil <p>Antecedentes académicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Escuela o facultad de procedencia Promedio general de calificaciones de la carrera

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<ul style="list-style-type: none"> • Institución donde realizó el internado médico de pregrado • Promedio general del internado médico de pregrado • Institución donde realizó el servicio social • Número de cédula profesional • Título obtenido • Calificación obtenida en el ENARM o ENARE • Número de años como profesor en carreras del área de la salud de nivel superior (enfermería, medicina, odontología o estomatología) • Número de publicaciones científicas en revistas médicas o estomatológicas • Estudios de posgrado posteriores al término de la carrera de medicina o estomatología <p>Sedes / subsedes solicitadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera opción de sede o subsede • Segunda opción de sede o subsede • Tercera opción de sede o subsede • Cuarta opción de sede o subsede • Quinta opción de sede o subsede • Sexta opción de sede o subsede • Séptima opción de sede o subsede • Octava opción de sede o subsede • Novena opción de sede o subsede • Décima opción de sede o subsede • Undécima opción de sede o subsede • Duodécima opción de sede o subsede • Décimo tercera opción de sede o subsede • Décimo cuarta opción de sede o subsede • Décimo quinta opción de sede o subsede <p>Firma del solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constancia de seleccionado ENARM/ENARE (según corresponda), original. • Acta de nacimiento, una copia • CURP actualizada, una copia • Constancia de término de internado médico, una copia • Constancia de término de servicio social, una copia • Certificado de calificaciones, una copia • Título profesional (o Acta de examen profesional de no más de 18 meses), una copia • Cédula profesional, una copia • Identificación oficial (credencial para votar o pasaporte), una copia • Comprobantes de actividad docente, una copia • Artículos científicos publicados en revistas científicas, una copia <p>NOTA: Todos los documentos generados en el extranjero deberán acompañarse de apostille y certificación notarial; y en caso de haberse emitido en un idioma distinto al español de la traducción peritada correspondiente.</p>

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
<p>Solicitud para que aspirantes ingresen a cursos de adiestramiento en una especialidad médica o estomatológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>B) Aspirantes extranjeros.</p>	IMSS-03-002-B	30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.	Sólo aplica para el ingreso al primer grado de los cursos de especialización médica o estomatológica	<p>Formato para utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • FF-IMSS-011 Solicitud de inscripción a estudios de posgrado <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homoclave del formato • Fecha de publicación del formato en el DOF • Folio de registro IMSS • Fecha de solicitud del trámite <p>Datos generales del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foto del solicitante • CURP • RFC • Nombre(s) • Primer apellido • Segundo apellido • Sexo (H / M) • Fecha de nacimiento • Lugar de nacimiento. • Estado civil • Nacionalidad • Número de pasaporte (solo extranjeros) • Teléfono fijo • Teléfono móvil • Talla de bata <p>Domicilio del solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código postal • Calle: • Número exterior y/o interior • Colonia • Localidad • Municipio o Alcaldía • Entidad Federativa • País • Entre que calles • Calle posterior • En caso de ser carretera <ul style="list-style-type: none"> Tipo de administración Derecho de tránsito Código de la carretera Tramo de la carretera Cadenamiento o kilómetro • En caso de ser camino llenar la siguiente información <ul style="list-style-type: none"> Termino genérico Margen Cadenamiento <p>En caso de emergencia comunicarse con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre(s), primer apellido y segundo apellido • Parentesco • Teléfono fijo o móvil <p>Antecedentes académicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuela o facultad de procedencia • Promedio general de calificaciones de la carrera • Institución donde realizó el internado médico de pregrado • Promedio general del internado médico de pregrado • Institución donde realizó el servicio social • Número de cédula profesional • Título obtenido • Calificación obtenida en el ENARM o ENARE

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<ul style="list-style-type: none"> • Número de años como profesor en carreras del área de la salud de nivel superior (enfermería, medicina, odontología o estomatología) • Número de publicaciones científicas en revistas médicas o estomatológicas • Estudios de posgrado posteriores al término de la carrera de medicina o estomatología <p>En caso de ser extranjero</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acepto, Firma (Firma de conformidad previa lectura a detalle de las condiciones para solicitantes extranjeros) <p>Sedes / subsedes solicitadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera opción de sede o subsede • Segunda opción de sede o subsede • Tercera opción de sede o subsede • Cuarta opción de sede o subsede • Quinta opción de sede o subsede • Sexta opción de sede o subsede • Séptima opción de sede o subsede • Octava opción de sede o subsede • Novena opción de sede o subsede • Décima opción de sede o subsede • Undécima opción de sede o subsede • Duodécima opción de sede o subsede • Décimo tercera opción de sede o subsede • Décimo cuarta opción de sede o subsede • Décimo quinta opción de sede o subsede <p>Firma del solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constancia de seleccionado ENARM/ENARE (según corresponda), original. • Acta de nacimiento, original para cotejo y una copia certificada y apostillada • CURP actualizada, una copia • Constancia de término de internado médico, original para cotejo y una copia certificada y apostillada • Constancia de término de servicio social, original para cotejo y una copia certificada y apostillada • Certificado de calificaciones, original para cotejo y una copia certificada y apostillada • Título profesional (o Acta de examen profesional de no más de 18 meses), original para cotejo y una copia certificada y apostillada • Cédula profesional, original para cotejo y una copia certificada y apostillada • Identificación oficial (credencial para votar o pasaporte), original para cotejo y una copia certificada y apostillada • Comprobantes de actividad docente, original para cotejo y una copia

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<ul style="list-style-type: none"> Artículos científicos publicados en revistas científicas, una copia <p>NOTA: Todos los documentos generados en el extranjero deberán acompañarse de apostille y certificación notarial; y en caso de haberse emitido en un idioma distinto al español de la traducción peritada correspondiente.</p>
<p>Solicitud para que aspirantes ingresen a cursos de adiestramiento en una especialidad médica o estomatológica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>C) Aspirantes trabajadores o hijos de trabajadores del IMSS.</p>	IMSS-03-002-C	30 días naturales. La fecha definitiva de notificación de resultados se comunicará durante la recepción de documentos.	Sólo aplica para el ingreso al primer grado de los cursos de especialización médica o estomatológica	<p>Formato para utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> FF-IMSS-011 Solicitud de inscripción a estudios de posgrado <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> Homoclave del formato Fecha de publicación del formato en el DOF Folio de registro IMSS Fecha de solicitud del trámite <p>Datos generales del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> Foto del solicitante CURP RFC Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido Sexo (H / M) Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento. Estado civil Nacionalidad Número de pasaporte (solo extranjeros) Teléfono fijo Teléfono móvil Talla de bata <p>Domicilio del solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> Código postal Calle: Número exterior y/o interior Colonia Localidad Municipio o Alcaldía Entidad Federativa País Entre que calles Calle posterior En caso de ser carretera Tipo de administración Derecho de tránsito Código de la carretera Tramo de la carretera Cadenamiento o kilómetro En caso de ser camino llenar la siguiente información Termino genérico Margen Cadenamiento <p>En caso de emergencia comunicarse con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre(s), primer apellido y segundo apellido Parentesco Teléfono fijo o móvil <p>Antecedentes académicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Escuela o facultad de procedencia Promedio general de calificaciones de la carrera Institución donde realizó el internado médico de pregrado Promedio general del internado médico de pregrado

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<ul style="list-style-type: none"> • Institución donde realizó el servicio social • Número de cédula profesional • Título obtenido • Calificación obtenida en el ENARM o ENARE • Número de años como profesor en carreras del área de la salud de nivel superior (enfermería, medicina, odontología o estomatología) • Número de publicaciones científicas en revistas médicas o estomatológicas • Estudios de posgrado posteriores al término de la carrera de medicina o estomatología <p>En caso de ser actualmente trabajador de base definitiva del IMSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matrícula • Tipo de contratación <p>En caso de ser hijo de trabajador de base definitiva del IMSS (activo, jubilado o pensionado):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del padre o la madre • Matrícula del padre o la madre • Unidad de adscripción del padre o la madre (solo trabajadores en activo) <p>Sedes / subsedes solicitadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera opción de sede o subsede • Segunda opción de sede o subsede • Tercera opción de sede o subsede • Cuarta opción de sede o subsede • Quinta opción de sede o subsede • Sexta opción de sede o subsede • Séptima opción de sede o subsede • Octava opción de sede o subsede • Novena opción de sede o subsede • Décima opción de sede o subsede • Undécima opción de sede o subsede • Duodécima opción de sede o subsede • Décimo tercera opción de sede o subsede • Décimo cuarta opción de sede o subsede • Décimo quinta opción de sede o subsede <p>Firma del solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constancia de seleccionado ENARM/ENARE (según corresponda), original • Acta de nacimiento, una copia • CURP actualizada, una copia • Constancia de término de internado médico, una copia • Constancia de término de servicio social, una copia • Certificado de calificaciones, una copia • Título profesional (o Acta de examen profesional de no más de 18 meses), una copia • Cédula profesional, una copia • Identificación oficial (credencial para votar o pasaporte), una copia

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de actividad docente, una copia • Artículos científicos publicados en revistas científicas, una copia • Último tarjetón de pago del trabajador IMSS (aspirante o padres del aspirante) <p>NOTA: Todos los documentos generados en el extranjero deberán acompañarse de apostille y certificación notarial; y en caso de haberse emitido en un idioma distinto al español de la traducción peritada correspondiente.</p>
<p>Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>A) Aspirantes externos al IMSS.</p>	IMSS-03-005-A	15 días naturales	Número de días, meses, años para la promoción solicitada	<p>Formato para utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • FF-IMSS-009 Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homoclave del formato • Fecha de Publicación del formato en el DOF • Modalidad del Trámite • Folio de Registro IMSS • Fecha de solicitud del trámite <p>Datos Generales del aspirante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foto del solicitante • CURP • Nombre • Primer apellido • Segundo apellido • Sexo (H / M) • Fecha de Nacimiento • Lugar de nacimiento • Teléfono (lada y número) • Extensión • Teléfono móvil • Correo electrónico • Edad • Estado civil <p>Domicilio del Solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código Postal • Calle • Número Exterior • Número Interior • Colonia • Localidad • Municipio o Alcaldía. • Entidad Federativa • Entre que calles (tipo y nombre) • Calle posterior (tipo y nombre) <p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de administración • Derecho de Transito • Código de la Carretera • Tramo de la Carretera • Cadenamiento o Kilometro <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Término genérico • Tramo del camino • Margen • Cadenamiento <p>Escuela de Enfermería Solicitada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuela del IMSS donde solicita la inscripción

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<p>Antecedentes escolares estudios de bachillerato</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre del plantel Entidad Federativa Periodo Promedio <p>Actividad laboral en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> Unidad de adscripción en el IMSS Antigüedad Categoría o puesto <p>Domicilio de la Unidad de Adscripción en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> Código postal Calle Número Exterior Número Interior Colonia Localidad Municipio o Alcaldía Entidad Federativa Entre que calles (tipo y nombre) Calle posterior (tipo y nombre) Teléfono fijo (lada y número) Extensión <p>En caso de carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> Tipo de administración Derecho de tránsito Código de la Carretera Tramo de la Carretera Cadenamiento o Kilometro <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> Término genérico Tramo de camino Margen Cadenamiento <p>Firma del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre y firma del solicitante <p>Documentos anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> Acta de Nacimiento; (documento original para cotejo) y copia simple Certificado de Bachillerato con reconocimiento oficial y promedio; (documento original para cotejo) y copia simple Tres fotografías tamaño infantil, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS, original.
Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social. B) Aspirantes trabajadores del IMSS.	IMSS-03-005-B	15 días naturales	Número de días, meses, años para la promoción solicitada	<p>Formato para utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> FF-IMSS-009 Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> Homoclave del formato Fecha de Publicación del formato en el DOF Modalidad del Trámite Folio de Registro IMSS Fecha de solicitud del trámite <p>Datos Generales del aspirante</p> <ul style="list-style-type: none"> Foto del solicitante CURP Nombre Primer apellido

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<ul style="list-style-type: none"> • Segundo apellido • Sexo (H / M) • Fecha de Nacimiento • Lugar de nacimiento • Teléfono (lada y número) • Extensión • Teléfono móvil • Correo electrónico • Edad • Estado civil Domicilio del Solicitante • Código Postal • Calle • Número Exterior • Número Interior • Colonia • Localidad • Municipio o Alcaldía. • Entidad Federativa • Entre que calles (tipo y nombre) • Calle posterior (tipo y nombre) En caso de ser carretera llenar la siguiente información. • Tipo de administración • Derecho de Transito • Código de la Carretera • Tramo de la Carretera • Cadenamiento o Kilometro En caso de ser camino llenar la siguiente información • Término genérico • Tramo del camino • Margen • Cadenamiento Escuela de Enfermería Solicitada • Escuela del IMSS donde solicita la inscripción Antecedentes escolares estudios de bachillerato. • Nombre del plantel • Entidad Federativa • Periodo • Promedio Actividad laboral en el IMSS • Unidad de adscripción en el IMSS • Antigüedad • Categoría o puesto Domicilio de la Unidad de Adscripción en el IMSS • Código postal • Calle • Número Exterior • Número Interior • Colonia • Localidad • Municipio o Alcaldía • Entidad Federativa • Entre que calles (tipo y nombre) • Calle posterior (tipo y nombre) • Teléfono fijo (lada y número) • Extensión En caso de carretera llenar la siguiente información. • Tipo de administración • Derecho de tránsito • Código de la Carretera • Tramo de la Carretera • Cadenamiento o Kilometro

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Término genérico • Tramo de camino • Margen • Cadenamiento <p>Firma del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de Nacimiento; (documento original para cotejo) y copia simple • Certificado de Bachillerato con reconocimiento oficial y promedio; (documento original para cotejo) y copia simple • Tres fotografías tamaño infantil, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate • Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS, original • Último tarjetón de pago del trabajador IMSS (aspirante), copia simple.
<p>Solicitud de ingreso a la carrera de licenciatura en enfermería en escuelas del Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>C) Aspirantes hijos de trabajadores del IMSS.</p>	IMSS-03-005-C	15 días naturales	Número de días, meses, años para la promoción solicitada	<p>Formato para utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • FF-IMSS-009 Solicitud de inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homoclave del formato • Fecha de Publicación del formato en el DOF • Modalidad del Trámite • Folio de Registro IMSS • Fecha de solicitud del trámite <p>Datos Generales del aspirante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foto del solicitante • CURP • Nombre • Primer apellido • Segundo apellido • Sexo (H / M) • Fecha de Nacimiento • Lugar de nacimiento • Teléfono (lada y número) • Extensión • Teléfono móvil • Correo electrónico • Edad • Estado civil <p>Domicilio del Solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código Postal • Calle • Número Exterior • Número Interior • Colonia • Localidad • Municipio o Alcaldía • Entidad Federativa • Entre que calles (tipo y nombre) • Calle posterior (tipo y nombre) <p>En caso de ser carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de administración • Derecho de Transito • Código de la Carretera • Tramo de la Carretera • Cadenamiento o Kilometro

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
				<p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Término genérico • Tramo del camino • Margen • Cadenamiento <p>Escuela de Enfermería Solicitada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuela del IMSS donde solicita la inscripción <p>Antecedentes escolares estudios de bachillerato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del plantel • Entidad Federativa • Periodo • Promedio <p>Actividad laboral en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de adscripción en el IMSS • Antigüedad • Categoría o puesto <p>Domicilio de la Unidad de Adscripción en el IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código postal • Calle • Número Exterior • Número Interior • Colonia • Localidad • Municipio o Alcaldía • Entidad Federativa • Entre que calles (tipo y nombre) • Calle posterior (tipo y nombre) • Teléfono fijo (lada y número) • Extensión <p>En caso de carretera llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de administración • Derecho de tránsito • Código de la Carretera • Tramo de la Carretera • Cadenamiento o Kilometro <p>En caso de ser camino llenar la siguiente información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Término genérico • Tramo de camino • Margen • Cadenamiento <p>Firma del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de Nacimiento; (documento original para cotejo) y copia simple • Certificado de Bachillerato con reconocimiento oficial y promedio; (documento original para cotejo) y copia simple • Tres fotografías tamaño infantil, en blanco y negro, de frente, fondo gris claro, terminado mate • Solicitud de Inscripción a la Licenciatura en Enfermería en Escuelas de Enfermería del IMSS, original • Último tarjetón de pago del trabajador IMSS (padres del aspirante), copia simple.

Denominación del Trámite	Homoclave del Trámite	Plazo máximo de la resolución del trámite, contado a partir de la recepción de la solicitud	Vigencia	Datos y Documentos
Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese a cursos de educación presencial en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social.	IMSS-03-006	60 días naturales	La vigencia es de un año a partir de la fecha de solicitud del trámite y únicamente para el curso solicitado.	<p>Formato para utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • FF-IMSS-002 Solicitud para que personal del área de la salud extrainstitucional ingrese a cursos de educación presencial en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social <p>Datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homoclave del trámite • Fecha de Publicación en el DOF • Homoclave del formato • Fecha de solicitud del trámite <p>Datos generales del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • CURP y RFC en caso de ser mexicano(a) • Nombre(s) • Primer apellido • Segundo apellido • Edad • Nacionalidad • Cédula profesional (o su equivalente) • Teléfono fijo • Teléfono móvil • Correo electrónico • Contacto en caso de emergencia (nombre y teléfono, código de país, lada y número) <p>Domicilio del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calle • Número exterior • Número Interior • Colonia • Código Posta • Municipio o Alcaldía • Entidad federativa <p>Origen de la solicitud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Particular, • Institución Pública (Especificar) <p>Tipo de Unidad Médica en la que desea realizar el curso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer nivel de atención • Segundo nivel de atención • Tercer nivel de atención <p>Nombre del curso que solicita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especificar <p>Firma del solicitante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y firma del solicitante <p>Documentos anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio en hoja membretada de la institución, cuando la solicitud provenga de alguna institución pública, nacional o extranjera. • Identificación oficial (INE o Pasaporte vigente). • CURP (Clave Única de Registro de Población) para solicitantes nacionales o su equivalente en el extranjero. • Título Universitario del último grado académico. • Cédula Profesional o su equivalente del último grado académico. • Seguro de Gastos Médicos Mayores en Salud que cubra como mínimo la duración del curso. • Certificado Médico de Salud no mayor a un mes de la solicitud. <p>Presentar original y una copia simple del anverso y reverso de cada documento. NOTA: En el caso de solicitantes extranjeros, los documentos deberán presentarse con el apostille correspondiente.</p>

Ciudad de México, a 18 de diciembre de 2024.- La Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas, **Alva Alejandra Santos Carrillo**.- Rúbrica.

(R.- 564313)